



FORMULAIRE D'ACCESSIBILITÉ  
FORMATION EN MOBILISATION DES  
MEMBRES  
LORS DES NÉGOCIATIONS DU CCCSO

(Veuillez écrire en lettres majuscules ou dactylographier)

No. de la section locale. \_\_\_\_\_

Nom du délégué :

Adresse :

Code postal :

Téléphone : (domicile)

(bureau)

Adresse courriel :-----

**Veuillez cocher tous les services dont vous avez besoin** (Tous les services seront fournis par le SCFP-Ontario) :

**Guide/Aide à la personne** J'userai de mes propres ressources  J'en aurai besoin

	Hôtel	Événement
Interprétation gestuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès au fauteuil roulant/scooter :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide lors de l'inscription/ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide en cas d'évacuation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Communication alternative**

Traduction française

Sous-titrage en temps réel

Média alternatif

Gros caractères (taille de la police) \_\_\_\_\_

Il me faut le matériel à l'avance  
(afin de tenir compte d'un handicap)

En format électronique

Exigences alimentaires :

Alerte aux allergies (Veuillez préciser)

---

---

Aurez-vous besoin d'autres adaptations lors de l'événement? (Veuillez préciser)

---

---

---

Aurez-vous besoin d'autres adaptations à l'hôtel (comme l'ATS, alarme visuelle, etc.) (Veuillez préciser)

---

---

---

Autres services? (Veuillez préciser)

---

---

---

Veuillez compléter ce formulaire  
et le retourner d'ici le 25 juillet  
au SCFP-Ontario Formulaire  
d'accessibilité  
80, promenade Commerce  
Valley E., Bureau 1, Markham  
(Ontario) L3T 0B2

905-739-9739 ou par télécopieur : 905-739-9740